

BENEFICIO

PERSONAS SEGURAS

Casa Central: Av. Leandro N. Alem 584, Piso 12 - (C1001AAN) CAPITAL FEDERAL - Tel.: (011) 5236-4300 / e-mail: casacentral@beneficio.com.ar
Sede Administrativa: Córdoba 1015 - Piso 2 - Oficina 7 - (2000) ROSARIO - Tel.: (0341) 527-1071 e-mail: beneficio@beneficio.com.ar
Agencia Salta: Santiago del Estero 789 Local 6 - (4400) SALTA - Tel.: (0387) 496-1925 / e-mail: salta@beneficio.com.ar

www.beneficioweb.com.ar

Declaración Jurada de Salud

DATOS DEL SOLICITANTE:

Se considera Ud. sano.?De que padece ?.....
Tiene o ha tenido enfermedad grave en los últimos años?.....Cuál?.....
Ha sufrido Ud. algún accidente, herida o intervención quirúrgica ? En qué consistió ?
Perdió peso en el último año? Razón ?.....
Visita al médico frecuentemente?.....Frecuencia:.....
Realiza usted deportes ?..... Cuáles ?.....
Fuma?:.....Cantidad:.....Bebe ?.....Cantidad:.....Es zurdo?
Tiene algún defecto físico?.....Cuál?.....
Es sordo/a total o parcial?.....
Estatura.....mts Peso:.....kg.

Releva del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en lo futuro?

RETICENCIA O FALSA DECLARACION (Art- 5º párrafo 2º Ley 17418) - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías Practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y releva del secreto profesional a los médicos que me asistan o examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es:

En, el.....de.....de 20.....

Firma del Solicitante

Aclaración